IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 89)
z dnia 23 czerwca 2021 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 89)

23 czerwca 2021 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– zaopiniowanie projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2021 r.

W posiedzeniu udział wzięli: **Michał Misiura** zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Bernard Waśko** zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Jerzy Friediger** członek prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, **Małgorzata Gil** specjalista w Zespole Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekarskiej oraz **Marta Winiarska** menadżer do spraw komunikacji Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych Infarma.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański** i **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie i otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia, zwołane i przeprowadzone już w starym i jednocześnie nowym trybie.

Stwierdzam kworum.

Dzisiejszy porządek obrad obejmuje zaopiniowanie projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2021 r. Przedstawi to pan prezes Waśko.

Czy są uwagi do porządku obrad? Nie słyszę. W takim razie stwierdzam, że porządek obrad został przyjęty.

Witam oczywiście bardzo serdecznie panie i panów posłów. Witam pana prezesa i panów dyrektorów wraz ze współpracownikami.

Przechodzimy w takim razie do procedowania. Bardzo proszę, panie prezesie.

Zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Bernard Waśko:

Dzień dobry, panie przewodniczący. Szanowni państwo, panie i panowie posłowie, na wstępie chciałem przeprosić za nasze spóźnienie. Po prostu wybraliśmy złą trasę dojazdu, która na końcu okazała się zamkniętą ulicą. Bardzo więc przepraszam za to opóźnienie.

Wniosek, który został do Wysokiej Komisji skierowany, procedowany jest w trybie art. 121 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i wymaga wyrażenia opinii przez Wysoką Komisję w sprawie projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2021. Wnioskowane zmiany dotyczą dwóch istotnych pozycji planu finansowego – zarówno po stronie planowanych przychodów z dwóch źródeł, tj. przychodów ze składki oraz z podatku cukrowego, jak i w konsekwencji tego również zmiany po stronie kosztów świadczeń.

Jeśli chodzi o zmiany po stronie przychodów, są to zmiany zarówno in plus, jak i in minus, przy czym zmiana in plus jest związana z większym od planowanego spływem składki zdrowotnej. Ten spływ za pierwsze cztery miesiące jest istotnie większy od tego, co jest w planowaniu. Na dzień sporządzenia wniosku opieraliśmy się na spływie składki za cztery miesiące, natomiast potwierdza się to również w spływie składki za maj. Inną przesłanką korekty planu przychodów ze składki zdrowotnej na ten rok są również otrzymane niedawno zmienione założenia, jeśli chodzi o prognozy makroekonomiczne Ministerstwa Finansów, które były z kolei podstawą do tworzenia pracy nad planem na rok 2022. Obydwie przesłanki uzasadniają zwiększenie planu przychodów ze składki

na ubezpieczenie zdrowotne na ten rok o kwotę 5 064 771 tys. zł. Jest to założenie oparte już na dość konserwatywnych i realnych założeniach.

Z kolei jeśli chodzi o korektę przychodów in minus, to korekta ta wynika z nierealizowania zgodnie z planem przychodów z podatku cukrowego. Pierwotnie przychody te były planowane na cały rok w kwocie około 2 500 000 tys. zł. Patrząc na spływ przychodów z podatku cukrowego za pierwsze cztery miesiące, otrzymaliśmy nieco ponad 400 000 tys. zł. W związku z tym prognoza do końca roku wynosi nieco ponad 1 000 000 tys. zł w stosunku do planowanych 2 500 000 tys. zł. W związku z tym korekta przychodów, jeśli chodzi o wpływy z podatku cukrowego, jest in minus o około 1 500 000 tys. zł.

Wpływ netto na przychody ogółem NFZ, jeżeli uwzględnimy te dwie zmiany, in plus i in minus, to jest wzrost przychodów o około 3 500 000 tys. zł. O taką kwotę mniej więcej jako konsekwencję tej zmiany planujemy zwiększyć koszty świadczeń opieki zdrowotnej w tej pozycji, która będzie przeznaczona na realizację podwyżek wynagrodzeń, która wynika z nowelizacji ustawy uchwalonej przez Wysoki Sejm oraz podpisanej przez pana prezydenta bardzo niedawno, bo w piątek w ubiegłym tygodniu, jak też zgodnie z oceną skutków regulacji, która zakładała, że na realizację tej ustawy potrzeba właśnie około 3 600 000 tys. zł, a źródło sfinansowania tej podwyżki wynagrodzeń będzie pochodziło z NFZ.

Pozostałe dwie wnioskowane zmiany. Jedna jest konsekwencją zwiększenia przychodów ze składki – odpisu obowiązkowego 0,2% od tych zwiększonych przychodów. Można powiedzieć, że ona jest automatyczną zmianą o kwotę ponad 10 000 tys. zł. I druga to na pewno zdarzenie o charakterze jednorazowym na bardzo niewielką kwotę – jest to utworzenie rezerwy w kwocie 100 tys. zł w związku z nieprawomocnym wyrokiem sądu pierwszej instancji dotyczącym roszczenia jednego ze szpitali w województwie warmińsko-mazurskim. W związku z takim wyrokiem prezes ma obowiązek utworzyć rezerwę na prawdopodobieństwo uprawomocnienia się tego wyroku w drugiej instancji. Tego dotyczy punkt 5 wniosku.

Jeżeli pan przewodniczący oraz panie i panowie posłowie będą mieli jakieś szczegółowe pytania, to oczywiście chętnie odpowiemy i wyjaśnimy wszelkie kwestie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Przepraszam za powstałą ciszę, nie zauważyłem, że pan prezes skończył. Bardzo dziękuję za zwięzłe przedstawienie tych zmian.

Otwieram dyskusję. Proszę uprzejmie, pani poseł Zawisza.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Bardzo dziękuję za przedstawienie nowelizacji planu finansowego NFZ. Szczególnie cieszy korekta na plus wpływów ze składki zdrowotnej oraz to, że mimo dalece niewystarczających podwyżek płac dla pracowników i pracownic ochrony zdrowia zabezpieczone są dla nich środki.

Mam jednak pytanie dotyczące znacznie zmniejszonych względem prognoz wpływów z opłaty cukrowej. Tutaj już troszeczkę usłyszeliśmy na ten temat, ale czy mogłabym prosić dokładnie o wyjaśnienie, z czego to wynika? Z czego wynika to przeszacowanie, które się pojawiło? Muszę przyznać, że jest to bardzo interesujące. Proszę po prostu o uszczegółowienie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Zaraz pan prezes powie, ale pozwolę sobie wyrazić radość nie tylko z pierwszej części, ale i z tej drugiej, bo dla mnie to świadczy o tym, że reakcja była właściwa i mniej cukru zużywamy, stąd jest mniej wpływów. Pan poseł Sośnierz ma inne zdanie, ale to już mniejsza o to.

Proszę uprzejmie, pani poseł Gelert.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Miałabym pytanie do pana prezesa. Panie prezesie, oczywiście wzrasta składka. W związku z tym każdy oddział wojewódzki otrzymuje pieniądze. Teraz pytanie. Jak to państwo obliczyli? Właściwie te pieniądze na nic innego nie starczą, jedynie najprawdopodobniej na podwyżki w związku z regulacją ostatniej

ustawy, stąd moje pytanie. Jak państwo to obliczyli? Czy faktycznie starczy na podwyżki? Proszę państwa, na nic więcej nie starczy, więc to jest pytanie.

Właściwie od początku tego roku pierwsze półrocze jest identyczne jak pierwsze półrocze poprzedniego roku. Nic nie wzrosło. W międzyczasie wszystko poszło w górę. Dotyczy to nie tylko tego, jak ktoś szumnie mówi, że indywidualnie gospodarstwa mają teraz podniesione prądy i muszą pracownicy więcej zarabiać, bo tak samo i jednostki służby zdrowia muszą otrzymać więcej pieniędzy, dlatego że dla nich przecież też to wszystko poszło do góry. Tak jak mówię, od stycznia tego roku zero podwyżki dla jednostek służby zdrowia, co jest związane ze wszystkimi kosztami, a wiedzą państwo, jaka jest inflacja. W tej chwili również najniższe wynagrodzenie wzrosło o 200 zł. Zero podwyżki na to wynagrodzenie. Państwo cały czas opowiadają, że w NFZ ciągle wzrastają finanse – gdzie to jest i gdzie to widać? Pytam się więc właśnie, gdzie to widać, jeżeli teraz faktycznie na drugie półrocze widać realny wzrost, szacują państwo, że tyle będzie więcej ze składek ubezpieczeniowych, m.in. też od tych pracowników służby zdrowia, bo przecież płace im wzrastają.

Teraz pytanie – czy na pewno to starczy? W jaki sposób państwo to obliczyli? Bo to, co się dzieje w szpitalach… Nie wiem, czy im gorzej, to tym lepiej dla państwa, bo na koniec roku stwierdzicie, że właściwie 80% szpitali będzie w kategorii D, tak jak państwo zakładają sobie cztery kategorie, i w związku z tym trzeba będzie je likwidować albo jak nie likwidować, to – powiedzmy – narzucić im swoje własne zarządzanie. Myślę, że podmioty ochrony zdrowia, w tym szpitale, są w położeniu naprawdę nieciekawym.

Od razu też jeszcze takie pytanie do NFZ. Ciągle wychodzą zarządzenia, które – powiedzmy – inaczej stawiają wysokość za procedury medyczne. Tak ni z gruszki, ni z pietruszki ukazują się gdzieś tam zarządzenia, że jeżeli szpital zrobi 350 procedur, to dostanie o 5 tys. zł więcej na procedurze. A teraz, jak się okazuje, kto to może zrobić – bo takie pytania przecież padają – to oczywiście kliniki, bo inaczej przecież nikt do tego nie dojdzie. Nie wiem, jeżeli państwo zakładają, że wszystko ma się oprzeć na klinikach, że one właściwie nam wystarczą… W każdym województwie będzie jedna klinika i ona załatwi całe województwo? No to pewnie tak.

Następna sprawa. Robią państwo ciągle pilotaże. Przecież w tej chwili służba zdrowia pilotażami stoi. Na tych pilotażach są w kółko bardzo duże pieniądze – zdecydowanie większe. Słuchajcie państwo, pilotaże do prostych rzeczy. To jest po prostu paradoks i śmiech, jeżeli do szczepień czy – powiedzmy – do jakiegoś tam leczenia, tak jak teraz do kardiologii, robi się pilotaż. Na całym świecie to leczenie jest popularne i wiadomo, od kogo się uczyć, jak to się powinno toczyć, a my na okrągło w pilotażach, bo zdecydowanie się różnimy od reszty Europy. Wydaje mi się, że tutaj trzeba się zastanowić, gdzie te pieniądze idą.

Może jest taka polityka, że faktycznie dobijmy te mniejsze szpitale, które – powiedzmy – na koniec roku nie wyjdą i się nie podniosą. Jest wtedy prościej, ale to zróbmy, a nie że pod płaszczykiem próbujemy coś zorganizować. Najważniejsze jest pytanie, czy państwo mają dane co do tego, który szpital jakie poniesie koszty w związku z podwyżkami. Państwo już raz pokazali taki projekt zarządzenia. Nie wysyłaliście tego po szpitalach, ale ukazał się na stronach. Ten, kto umiał znaleźć, to tam znalazł. Jest taki projekt, że każdy szpital będzie musiał teraz łącznie… Wiecie co, zbieranie ciągle nazwisk personelu razem z numerami PESEL zakrawa już nie wiem na co, bo na okrągło gdzieś się te dane przesyła, i przesyła, i przesyła. A w tej chwili, słuchajcie, w tej propozycji to trzeba podać oczywiście imię, nazwisko, PESEL, jakie stanowisko ktoś pełnił, ile miał pieniędzy za maj, a ile ewentualnie będzie miał za lipiec, jak teraz będzie kwalifikacja podwyżkowa. Myślę, że państwo jeszcze nawet nie zdążyli zebrać tych informacji, bo tak naprawdę to zarządzenie się oficjalnie nie ukazało. W tej chwili ono jest nieoficjalnie powieszone. Na jakiej więc podstawie sądzicie, że te pieniądze wystarczą?

Jeszcze jedno pytanie, ponieważ paski… Proszę państwa, musicie sobie zdać też sprawę z tego, że w tej chwili właściwie pobory służby zdrowia to się na paskach opierają. Jest pasek dla pielęgniarek. Jest pasek dla ratowników. Są osobne pieniądze dla lekarzy rezydentów, którzy powiedzieli, że nie wyjadą za granicę. Są osobne pieniądze dla specjalistów, którzy powiedzieli, że nie będą pracować w drugim miejscu pracy. Nikt

się do tego nie stosuje, bo oczywiście zaraz z tyłu wyszło, że jak gdzieś jest potrzebny, to jak się wyrazi zgodę, to może pracować. No i tak się tworzy prawo, które potem właściwie nie ma żadnego odzwierciedlenia. Całe pobory stoją więc paskami. Nie wiem, jak państwo do tego podchodzą. Czy będziecie to regulować totalnie? Może po prostu weźcie ten personel, odpowiadajcie za tych ludzi, ustawiajcie im pobory, liczbę pracowników, ile powinno być – i będzie pozamiatane. Nie ma problemu.

Na razie dziękuję bardzo. Pan przewodniczący powiedział, że jak ktoś przyszedł wcześnie, to może dwa razy zabrać głos. To może się zgłoszę jeszcze raz.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Zapraszam w takim razie. Proszę, pan poseł Maksymowicz.

Poseł Wojciech Maksymowicz (Polska2050):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie prezesie, jedno pytanie. W zasadzie prosiłbym o rozwinięcie tego uzasadnienia, bo oczywiście zawsze to dobrze, że się znajdzie więcej pieniędzy. Szkoda, jeśli chodzi o niektóre rzeczy, że się przestrzeliliśmy w oczekiwaniach, ale to złożone sprawy.

Natomiast widzimy wyraźnie, że cały wzrost idzie do dyspozycji centrali. Rozumiem, że rozprowadzenie po oddziałach jest bardzo trudną sprawą. Dlatego więc podjęto tego typu działania. To jest jedna sprawa.

A tak ogólnie chciałbym powiedzieć, że namawiałbym jednak do słuchania głosów tak doświadczonych osób jak pani poseł Gelert, dyrektorki bardzo dużego szpitala. Odpowiedziałbym też tutaj pani poseł na marginesie, jeżeli przy tym jesteśmy, że nie wierzę za bardzo… Po prostu potrzebujemy też twardych danych, ale według sprawozdań, które wcześniej miałem okazję czytać, sytuacja szpitali klinicznych wcale nie jest jakoś wyraźnie lepsza od innych szpitali. Problem jest ogólny.

Tutaj, na sali, jest paru dinozaurów, którzy z tym się borykają stale. Pozwolę sobie powiedzieć o samym sobie jako dinozaurze od trzydziestu paru lat, prawda? Na pewno nie obrazi się poseł Sośnierz, jeśli powiem, że razem jesteśmy dinozaurami. Takim dinozaurem jest też nieobecny tutaj prezes Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy (OZZL) Krzysztof Bukiel, z którym nieraz się borykaliśmy, będąc w różnych sporach albo dochodząc, ale to uczciwy człowiek, który podsumował to wszystko: Mrzonka, że dobry menadżer – o, ten to potrafi. Bo takie są hasła. Co potrafi? Jak określić dobrego menadżera, jak ciągle jest krótka kołdra? Dobry może być albo ten, który ograniczy świadczenia, bo nie starcza pieniędzy i jest poklepywany, bo bardzo oszczędny, albo ten, który nie patrząc na to, czy mu starczy pieniędzy, doprowadza do zadłużenia, co jest częstszą opcją, bo jest odpowiedzialny za to, żeby jednak swoje robić. Ten problem mamy praktycznie cały czas. Wcale nie odżegnuję się od tego, że akurat przy moim udziale udało się to jakoś rozwiązać. Dwadzieścia parę lat na tyle poprawiło sytuację finansową i organizacyjną całości państwa, że moglibyśmy trochę bardziej partycypować.

Ogólna sprawa. Nawet wczoraj pan minister Gadomski od pieniędzy w zdrowiu przyznał mi rację, że przydałoby się więcej i tyle, oczywiście. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, aczkolwiek jedna uwaga, że tych menadżerów ciągle różne organizacje jakoś nagradzają i doceniają właśnie za to, że świetnie zarządzają.

Pan poseł Hardie-Douglas, bardzo proszę.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Panie przewodniczący, panie prezesie, COVID zastał szpitale, przede wszystkim powiatowe, w większości zadłużone, w kiepskim stanie. Już wiosną nastąpiły rekomendacje, a właściwie za pierwszym razem to nakaz wręcz przejścia części szpitali w tzw. tryb ostry, czyli nie mogły przyjmować pacjentów planowych. Potem jesienią była taka rekomendacja. Część szpitali się do niej zastosowała, a część nie. Wszystko to jednak powodowało, że szpitale leczyły mniejszą liczbę chorych.

Tymczasem NFZ 1/12 tej części ryczałtowej przekazywał szpitalom, co spowodowało, że przy zmniejszonych kosztach związanych z mniejszą liczbą leczonych chorych sytuacja części tych szpitali nieco się poprawiła. Późną jesienią jednak dyrektorzy dowiedzieli

się, że w 2021 r. muszą to nadrobić, czyli zaprzestali, zaniechali przyjmowania znacznej części chorych, a teraz mają to w jakiś sposób nadrobić, bo jeżeli tego nie zrobią, to będą musieli oddawać różnicę między wypracowanym dochodem, który jest iloczynem wyceny procedur przez liczbę konkretnych pacjentów. To oczywiście jest niesamowity dramat dla szpitali, bo jest to w ogóle *mission impossible*. Większość szpitali nie jest w stanie tego w ciągu paru miesięcy nadrobić, jak zresztą nawet w ciągu roku. Teraz żądając oddawania pieniędzy, państwo spowodują – że tak powiem – powrót do tej bardzo trudnej sytuacji, która była rok temu. To jest kompletnie bez sensu.

Wiem, że pan przewodniczący jest podobnego zdania, bo już na ten temat rozmawialiśmy. Pan wtedy mówił, że też pan uważa, że należy się nad tym zastanowić. Dlatego dzisiaj jest dobra okazja, abym spytał przedstawicieli NFZ. Czy w związku z tym, że są zwiększone przychody związane – jak rozumiem – z nieco wyższym PKB, niż zakładano, nadal upierają się przy tym, że do końca roku szpitale, które nie nadrobią jakby tej straty, czyli zmniejszonej liczby pacjentów, których przyjmowały, w 2022 r. będą musiały oddawać pieniądze? To byłaby naprawdę bardzo zła decyzja. Wydaje się, że warunki finansowe są na tyle dobre… One oczywiście w naszej opiece zdrowotnej nigdy nie były dobre i nie są, ale są lepsze, niż zakładano. W związku z tym może państwo to zweryfikują. Trzeba byłoby po prostu już podać konkretną decyzję. W tej chwili obowiązuje cały czas informacja, że do końca roku, bo to dwa razy było rolowane, te pieniądze trzeba będzie oddać.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Proszę, pan przewodniczący Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Najpierw powiało takim entuzjazmem od pana przewodniczącego, że jest dobrze, że jest więcej środków i to nas bardzo ucieszyło, a potem jakby przez panią poseł sprowadzono to niby na ziemię i zaczęto mówić, że nie jest tak dobrze, że jest coraz gorzej itd. To jest jakby już stały standard u naszej opozycji. Natomiast nawet moim przedmówcom może postaram się pewne kwestie wyprostować.

Po pierwsze, pani poseł, pilotaże. Jeśli jest pilotaż trombektomii mechanicznej, a więc tzw. złotych pięciu, sześciu godzin leczenia udaru niedokrwiennego mózgu, to to jest poważna sprawa. To nie jest obojętnie co. Jeśli jest pilotaż JGPato, czyli kompleksowych badań patomorfologicznych – to też nie jest byle co. Jeśli jest pilotaż po przebytej chorobie COVID – to jest bardzo poważna kwestia. Jeśli jest pilotaż sieci onkologicznej, COVID w ciąży lub „Dieta mamy”, to są bardzo poważne kwestie, a i szczerze mówiąc, bardzo oczekiwane. Dlatego trzeba wprowadzać pewne procedury chociażby z tego powodu, że pilotaż nie wymaga tak biurokratycznych procedur i wprowadza się to szybciej. Chcemy więc szybciej pokazać, że zarówno „Dieta mamy”, sieć onkologiczna i sieć kardiologiczna, a nawet stetoskopy elektroniczne w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) to jest konieczność. Trzeba to wdrażać, a nie możemy wdrożyć od początku, dlatego że takie są też wymogi, zresztą standardy światowe. Pochylmy się nad tymi pilotażami. Potraktujmy je jako błogosławieństwo i jako dobrodziejstwo – powiedziałbym – nawet z podziękowaniem, że wypracowujemy nowe, innowacyjne, nowoczesne metody dla całokształtu medycyny. To po pierwsze.

Po drugie, protestuję przeciwko słowu „likwidacja”. Tak się państwo z opozycji nauczyli – „likwidacja szpitali”, tymczasem to wy chcieliście sprywatyzować szpitale itd. Cały czas mówicie o tej likwidacji szpitali. Nikt z Prawa i Sprawiedliwości czy Zjednoczonej Prawicy nie mówi o tym i nie będzie żadnej likwidacji szpitali. Ewentualnie być może przeprofilowanie niektórych szpitali, ale nie likwidacja. Dlaczego używacie tego słowa „likwidacja”? Nikt praktycznie nie zlikwidował żadnego ze szpitali, jeśli chodzi o szpitale powiatowe, a wy cały czas straszycie. Czarnowidztwo – likwidacja szpitali. Tymczasem z przeszłości to komercjalizacja, ewentualne przygotowanie do prywatyzacji to na pewno nie był pomysł i nigdy nie jest to pomysł PiS czy ZP. Przestańcie już straszyć i jakby nawoływać do tego. Chcielibyście chyba, żeby to się spełniło. Nie, nie spełni się.

Nie będzie żadnej likwidacji szpitali. Ewentualnie w jakiejś mierze przeprofilowanie. To jest następna kwestia.

Natomiast tutaj też ze zdziwieniem i z radością wręcz coś powitałem. Gratuluję takiego antycypowania pewnych zdarzeń w medycynie, że dochodzi do wyraźnego wzrostu składki zdrowotnej w sensie poboru, bo jeśli za pierwszy kwartał 2021 r. mamy tak potężny wzrost, to to jest pocieszające. Powinniśmy gratulować i cieszyć się z tego powodu. A już to, że z opłaty cukrowej dostajemy 1 000 000 tys. zł, to też nie tylko dla zdrowia, ale okazuje się, że ekonomicznie to było uzasadnione, jak i prozdrowotnie uzasadnione.

Mam natomiast jeszcze jedno pytanie na koniec, może bardzo specyficzne, bo państwo zrobili rezerwę na zobowiązanie wynikające z postanowień sądowych. Jaki to jest niekorzystny wyrok sądu, jeśli chodzi o szpital powiatowy w Bartoszycach? Co tam się stało, że w pierwszej instancji szpital wygrał? Oczywiście kibicuję w pewnym momencie, natomiast nie wiem, jaka to kwestia, że to poszło do sądu i w pierwszej instancji jest wygrana.

Reasumując, panie przewodniczący, jestem jakby podbudowany zmianą projektu planu finansowego na rok 2021, dlatego że myślę, że rzeczywiście są tutaj pewne pozytywne i perspektywiczne rozwiązania. Myślę, że widać konstruktywne myślenie. Dobrze, że tak się dzieje. Dobrze, że te zmiany państwo przewidywali i programowali ten nasz program czy też programowali pewne zmiany bardziej zasadnie, jak też – powiedziałbym – profesjonalnie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Naprawdę, panie przewodniczący… Dziękuję.

Szanowni państwo, powiem tak. Nie wiem, ile osób jeszcze się zgłosi do zabrania głosu, ale mam gorącą prośbę. Tak jak nawet tu w prezydium rozmawiamy, sprawa wydawała się niekontrowersyjna. Są przegłosowane podwyżki. Oczywiście spieraliśmy się o wysokość minimalnej płacy. Ma to swoje odzwierciedlenie w zmianie planu finansowego. Jest parę innych drobnych rzeczy, o których zresztą pan prezes mówił. Jak myślę, skoncentrujmy się na tym, bo nie ma między nami sporu, jeżeli chodzi o tę zmianę planu finansowego. Tak to rozumiem. Proponuję, abyśmy tylko o tym mówili, bo po to jest dzisiejsze posiedzenie. Taka jest moja gorąca prośba.

Pan poseł Wolski. Panie pośle, proszę uprzejmie. Chyba że pan zrezygnował z zabrania głosu, to nie ma sprawy. Właśnie tu już podpowiadają, że za pana inni zapytali zapewne o to samo.

Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):

Ale nie chcę tutaj… Na temat. Generalnie bardzo fajnie, przynajmniej jeżeli chodzi o koszty świadczeń, że to idzie znacząco w górę. To jest dobre zjawisko. Nie dziwię się panu prezesowi, że przyjął taką trochę urawniłowkę i wszędzie w zasadzie zastosował tam mnożnik 112,13%, żeby w miarę wszyscy byli równie zadowoleni czy niezadowoleni, bo już w tym roku pewnie niewiele się da zrobić.

Z punktu widzenia podstawowej opieki zdrowotnej sytuację poprawiały jeszcze szczepienia. To z jednej strony kłopot organizacyjny i jakieś tam koszty, ale cena szczepień była nieźle skalkulowana i to poprawiało funkcjonowanie przychodni, a również i trochę szpitali węzłowych, które robiły szczepienia na większą skalę. Nie wiemy, czy te szczepienia będą dalej. Pewnie trzeba byłoby trochę pomyśleć, co dalej z lecznictwem podstawowym, które wiadomo, że nie idealnie, ale jednak się mocno sprawdziło w okresie różnych kolejnych fal epidemii. Bardzo duże uderzenie poszło na lekarzy rodzinnych jako na pierwszą linię frontu, a teraz po…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie pośle, pan też nie posłuchał mojej prośby i to są też wariacje na temat dzisiejszej zmiany planu finansowego. Naprawdę bardzo bym państwa prosił, żebyśmy…

Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):

Dobrze, ale jeżeli będą kolejne zmiany, a przede wszystkim plany na rok 2022. A w tej chwili na przykład jeszcze mamy parę dni do podpisania przez prezesa umów z wieloma przychodniami.

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

Albo i nie.

Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):

Albo i nie, prawda? Zanosi się na to, że – z mojej wiedzy, może już nieaktualnej – tu jest pewien dyktat NFZ, podpisanie na warunkach NFZ również ze zobowiązaniem do końca okresu świadczeń, że ewentualne aneksy do umowy mogą być tylko w jedną stronę, czyli mają być przyjęte przez jednostki POZ bez względu na to, czy będzie więcej, czy mniej pieniędzy.

To w sytuacji, o czym było wspomniane, kiedy nie tylko podstawowe szpitale powiatowe, bardzo biedne, ale i POZ powinny nieźle funkcjonować. To są pierwsze linie. Chcemy technologii innowacyjnych, superklinik itd., ale jednak podstawowy pacjent ma mieć blisko lekarza rodzinnego i przynajmniej w elementarnym wymiarze…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Naprawdę, panie pośle, mówmy o tym, co jest istotą dzisiejszego posiedzenia. Koleżanki i koledzy mają dzisiaj jeszcze posiedzenia innych komisji. Czy ktoś z państwa jeszcze chciałby zabrać głos? Nie słyszę. Dobrze. Pani już mówiła.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Ale to, że mówiłam, to nie szkodzi, panie przewodniczący. Chciałabym jeszcze zadać tylko jedno pytanie.

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

Ale może też mam takie samo prawo jak pani?

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Krótkie i związane oczywiście… Ma pan takie samo prawo jak i ja, ale ponieważ mnie pan nie dopuszcza do tego, to dlatego.

Poseł Janusz Korwin-Mikke (Konfederacja):

Proszę bardzo, nie mówiłem i to szkodzi.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Ale wiecie… Nie. Chodzi mi tylko o to, żeby pan prezes powiedział, czy wzrost tych pieniędzy będzie w procedurach, czy Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) podwyższy procedury. Gdzie te pieniądze się znajdą? Czy trzeba będzie wykonać więcej procedur? Czy będzie to w procedurach, czy będzie to na osobnym pasku? Pytanie konkretne w odniesieniu do tych pieniędzy.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pan przewodniczący Piecha.

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

Tak myślałem, że zawsze takie spotkania są miłe. Mnie w zasadzie cieszy, że ta ustawa będzie skonsumowana przez określone środki na podwyżki. Pewnie to jest osobna ścieżka finansowa. Pani poseł, wie pani, że tak się to robi. Inaczej się tego nie robi. Nie da się przetasować wszystkich procedur po to, żeby wyszły takie a nie inne wskaźniki dotyczące średniej płacy czy tego minimum, które uzgodniliśmy.

Mam tylko jedno pytanie. Co się stało, panie prezesie, według pana, że jest niedoszacowany przychód związany z wprowadzeniem podatku cukrowego? To jest coś niepokojącego. On był szacowany jednak znacznie wyżej i takie przestrzelenie nie powinno mieć miejsca. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Dziękuję bardzo. Zakończyliśmy rundę pytań. Bardzo proszę, pan prezes Waśko. Proszę o odpowiedź.

Zastępca prezesa NFZ Bernard Waśko:

Szanowni państwo, postaram się według kolejności zadawanych pytań, ale akurat pytanie pani poseł Zawiszy i pana posła o wpływy z podatku cukrowego…

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Ale proszę głośniej, bo nie słychać.

Zastępca prezesa NFZ Bernard Waśko:

Może maseczkę troszeczkę zsunę, dobrze? Będzie lepiej.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie prezesie, pan rzeczywiście przysunie bliżej mikrofon, a państwa proszę o ciszę. Jak państwo zagłuszają prezesa, to nie słychać. Bardzo proszę, żeby przestali państwo dyskutować.

Zastępca prezesa NFZ Bernard Waśko:

Pozwolę sobie połączyć pierwsze i ostatnie pytanie, czyli pani poseł Zawiszy i pana posła Piechy, bo one się łączą, dotyczące wpływów z podatku cukrowego. Niestety nie mamy… To mogą być tylko spekulacje, ponieważ Ministerstwo Finansów, które odpowiada za pobór tego podatku, przekazuje nam tylko kwoty, ale nie dostajemy żadnej innej informacji dotyczącej tego, czy wynika to ze spadku sprzedaży, czy z jakichś innych przyczyn. Jeżeli powodem jest spadek konsumpcji napojów wysokosłodzonych, to należałoby się rzeczywiście cieszyć z takiego rozwiązania. Oczywiście to jest efekt zdrowotny, który będzie odroczony w czasie i który będzie miał swoje skutki w przyszłości. Nie ma na razie jednoznacznej oceny, czy jest to wynik z przeszacowania wpływów, czy wynik spadku sprzedaży, jaki jest wpływ sezonowości spożycia napojów itd. Natomiast to tyle, co mogę wyjaśnić, nie mając bardziej szczegółowej wiedzy. Dokładnie tak.

Jeśli chodzi o zestaw pytań pani poseł Gelert, czy to są wszystkie dodatkowe środki, które będą w dyspozycji NFZ jeszcze w tym roku na świadczenia – otóż nie. Szanowni państwo, przewidujemy kolejną zmianę planu, chociażby dotyczącą rozwiązania jednoprocentowej rezerwy ogólnej, która jest w wysokości blisko 1 000 000 tys. zł, z przeznaczeniem na świadczenia, z tym że ta zmiana planu nie wymaga już procedowania przez Komisję, bo jest w procedurze uproszczonej. Rozwiązanie jednoprocentowej rezerwy i jej podział na oddziały wojewódzkie da nam dodatkowe środki w kwocie około 1 000 000 tys. zł. Z tego będą też przeznaczane pieniądze na inne wydatki związane z finansowaniem zadań rzeczywiście związanych ze świadczeniami zdrowotnymi, a nie tylko z podwyżkami. Te środki mamy również do dyspozycji na funduszu zapasowym. Jeżeli zajdzie taka potrzeba, to również fundusz zapasowy NFZ będzie uruchamiany i będzie do dyspozycji.

Co do sytuacji finansowej szpitali i tego, jak się ona zmienia, monitorujemy ją za pośrednictwem Ministerstwa Zdrowia. Pierwsze dane, jakie pokazują sprawozdania finansowe samych szpitali za rok 2020 w porównaniu do roku 2019, wykazują znaczną poprawę tej sytuacji. Są to dane księgowe i sprawozdania finansowe samych szpitali. Pokazują one istotną poprawę wyników finansowych. Po prostu takie są fakty. Nie chciałbym teraz wszczynać dyskusji, z czego to wynika, ale mamy takie dane, które na to wskazują. Jeśli chodzi o sposób realizacji…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo państwa proszę. Naprawdę nie komentujcie, bo to przeszkadza prezesowi i pozostałym osobom. Bardzo proszę, panie prezesie.

Zastępca prezesa NFZ Bernard Waśko:

Jeśli chodzi o sposób realizacji podwyżek wynagrodzeń i przekazywania tych środków, jak sama pani poseł była uprzejma wspomnieć, ten sposób będzie regulowany w rozporządzeniu ministra zdrowia. Ten dokument, który pani poseł przywołała, to jest właśnie wywieszony do konsultacji projekt rozporządzenia ministra zdrowia, który określa zarówno zasady wyliczenia skutków wejścia w życie ustawy dla konkretnego podmiotu leczniczego, jak i później sposób przekazywania tych środków. To jest właśnie w projekcie rozporządzenia, które minister zdrowia wywiesił do konsultacji chyba ponad siedem dni temu, o ile dobrze sobie przypominam, a będzie podpisane wedle mojej wiedzy albo

do końca tego tygodnia, albo na początku przyszłego tygodnia. Dopiero od tego momentu, kiedy minister podpisze to rozporządzenie i zostanie ono opublikowane w Dzienniku Ustaw, będziemy mieli tytuł do zbierania już konkretnych danych, o których pani poseł wspomniała, i wyliczenia kwoty dla każdego podmiotu indywidualnie po to, żeby właśnie każdy pracodawca miał zabezpieczone środki na pokrycie skutków tych podwyżek.

Pani poseł, innego sposobu, żeby przeliczyć to na konkretnego pracownika, nie ma. Niestety musimy takie dane zebrać, jeżeli każdy pracodawca ma otrzymać ekwiwalentne środki, żeby nie musiał pokrywać tego z własnych środków, z innych źródeł, z przychodów czy z kontraktów z NFZ.

Mogę więc tylko powiedzieć, że przewidujemy to niezwłocznie po opublikowaniu rozporządzenia. To jest dokładnie rozporządzenie o zmianie ogólnych warunków umów. Na tej podstawie, tak jak inne dodatkowe strumienie finansowania, będą przekazywane środki do szpitali. Najprawdopodobniej ten proces nie będzie zakłócony. Zanim będzie pierwsza wypłata wynagrodzeń w zwiększonej wysokości za lipiec, czyli w pierwszej dekadzie sierpnia, to szpitale otrzymają już te dodatkowe kwoty.

Co do odrębnych źródeł finansowania, to całkowicie się tutaj akurat z panią poseł zgadzam. Przez wszystkie różne, dodatkowe środki podwyżkowe ten system był nieuporządkowany i bardzo rozchwiany. Wszystkie zmiany, które wprowadzamy, dążą właśnie do odwrócenia tego trendu i jego uporządkowania. Chciałbym przypomnieć, że indywidualne środki przekazywanie na konkretnego pracownika znikają od 1 lipca, ale znikają tylko w części formalnej. Nominalne pozostają w takiej samej wysokości, natomiast będą przyporządkowane już do poziomu pracodawcy, a nie do poziomu konkretnej osoby z imienia i nazwiska, która była raportowana, tak jak lekarz, pielęgniarka czy ratownik, bo to były grupy zawodowe objęte tymi dodatkami.

Wedle mojej wiedzy ta zmiana jest bardzo oczekiwana przez pracodawców, bo ona uniezależnia już przekazywanie tych środków od poziomu zatrudnienia. To jest właśnie pierwszy krok do uporządkowania tego systemu.

Kolejnym krokiem jest to, co było również w ostatnim pytaniu pani poseł, że poprzez stopniową retaryfikację świadczeń przez AOTMiT, ale nie można tego zrobić skokowo i jednoczasowo… Będzie to proces rozciągnięty w czasie. Właśnie zmiany taryf będą zastępowały środki, które będą bokiem wypłacane aż do tego czasu, dopóki całkowicie nie zostanie ten strumień zlikwidowany. Oceniamy, że ten proces może potrwać nawet dwa, trzy lata. Dlatego tak długo, że agencja nie jest w stanie wszystkich świadczeń staryfikować w ciągu jednego miesiąca. Nawet gdyby taka próba była podjęta, byłoby to po prostu na pewno obarczone dużymi błędami.

Pytanie pana posła dotyczące 1/12 i odpracowania kontraktu. Szanowni państwo, to jest dosyć złożony problem. Myślę, że trzeba spojrzeć na niego nie tylko od strony podmiotów leczniczych, ale również od strony ubezpieczonych, płacących składki i pacjentów. My jako płatnik publiczny pobierający składkę od obywateli mamy obowiązek tą składką zarządzać, ale w taki sposób, żeby zapewnić im dostępność do świadczeń. Naszym obowiązkiem jest zrównoważenie dwóch celów, tj. zarówno właśnie zabezpieczenie interesów pacjentów, jak również zachowanie płynności podmiotów leczniczych. Te racje naprawdę trzeba bardzo ważyć i brać pod uwagę zarówno jedną, jak i drugą stronę.

Wydaje mi się, że w dyskusji na ten temat nie można w ogóle pomijać strony pacjenckiej i tego, że przedpłacone, a niewykonane świadczenia, bo do tego to się sprowadza, gdyby zostały niejako puszczone w niepamięć czy też umorzone, tak jak to jest tutaj oczekiwane przez szpitale… Wiemy o tym, że takie oczekiwania się pojawiają. To jest tak naprawdę ileś tam milionów niewyleczonych zębów, to jest ileś niewszczepionych endoprotez i kolejki, które są do tego zabiegu, to jest ileś świadczeń niewykonanych. I pytanie, czy celowe jest rzeczywiście takie działanie, skoro sytuacja jest tak niejednorodna, że są szpitale, które wykonały swoje kontrakty na poziomie 90% albo nawet już w tej chwili zaczynają je odrabiać, i takie, które mają 30–40% wykonania. Jak to uwzględnić, stosując takie mechanizmy – ocenić, czy to było działanie niezawinione, czy zawinione, w jakim stopniu z przyczyn zewnętrznych, a w jakim stopniu po prostu uwarunkowane tylko chęcią ograniczenia przyjęć.

To są bardzo trudne kwestie. My na razie nie rekomendujemy żadnych działań o charakterze abolicyjnym. Natomiast chciałbym jednocześnie wyjaśnić, że ryczałty, czyli to, co kiedyś było tak krytykowane, w tej chwili pomimo niewykonania świadczeń w zakresie limitów ryczałtowych nie podlegają żadnemu zwrotowi i nikt nigdy nie będzie się o nie upominał. Również NFZ się nie upomina. Narodowy Fundusz Zdrowia nie upomina się również o środki w zakresie umów pozaryczałtowych, ale póki co dopomina się o to, żeby odpracowywać te przedpłacone świadczenia, dlatego że pacjentom trzeba udzielić pomocy i trzeba wykonać pewne usługi. To jest zaciągnięcie pewnego długu zdrowotnego wobec obywateli. Jako płatnik publiczny oczekujemy po prostu spłaty tego długu. Czy on będzie możliwy w krótkim, czy dłuższym okresie, to jest oczywiście kwestia otwarta i na ten temat pewnie przyjdzie nam jeszcze dyskutować – a przyjdzie nam na pewno dyskutować.

Dlatego, szanowni państwo, jeszcze jedna rzecz jest bardzo ważna. Ustawa o świadczeniach zdrowotnych nie przewiduje takiego uprawnienia ani dla prezesa NFZ, ani dla ministra, żeby mógł podjąć decyzję o charakterze wyłącznie wolicjonalnym i umorzyć tego typu zobowiązania. Po prostu byłoby to niezgodne z prawem. Gdyby takie prawo miało być zmienione i uchwalone, to na pewno Wysoka Komisja i Sejm będą musieli na ten temat jeszcze dyskutować.

Jeśli chodzi o umowy, które obowiązują, to na dzień dzisiejszy jest określony czas rozliczenia się ze świadczeń do 31 grudnia tego roku, dlatego że umowy są zawarte na ten okres. Dzisiaj nie można przedłużyć okresu rozliczeniowego poza okres obowiązujących umów, więc taki mamy stan, że na dzień dzisiejszy nie może to być dłużej.

Jeśli chodzi o pytanie pana posła Hoca dotyczące wyroku w Bartoszycach, przyznam, że nie znam szczegółów tej sprawy. Jest to pozew o świadczenia zdrowotne. Być może dotyczy jakichś nadwykonań z lat ubiegłych, ale po wyjaśnieniu sprawy oczywiście panu posłowi udzielę takiej informacji.

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

Ale tam jest niewielka kwota.

Zastępca prezesa NFZ Bernard Waśko:

To 100 tys. zł. Jest to bardzo niewielka kwota.

Jeśli chodzi o pytanie pana posła Wolskiego dotyczące nakładów na POZ i umów w tej sytuacji – też postaram się bardzo krótko. Szanowni państwo, otóż nakłady na POZ w roku 2020 versus 2019 wzrosły o 12,3%. Żadna inna pozycja planu finansowego NFZ nie wzrosła w takim zakresie. Był to rekordowy wzrost, jeśli chodzi o dynamikę. Natomiast jak też państwo wiedzą, do tego nie doliczono 3% podwyżki, którą dodatkowo otrzymywały wszystkie podmioty, w tym również POZ, z funduszu covidowego, czyli efektywnie jest to ponad 15% wzrostu. Jeśli chodzi o roczną dynamikę, jest to naprawdę olbrzymi wzrost nakładów.

Nie wiem, dlaczego jest akurat taka percepcja, jak państwo też wiedzą, że na POZ stał główny ciężar walki z pandemią w ubiegłym roku, bo percepcja obywateli, pacjentów, sądząc po liczbie skarg, które spływają do nas i do rzecznika praw obywatelskich, jest taka, że w tej chwili POZ jest najgorzej ocenianym elementem systemu. Wydaje się, że kolejny wzrost środków i nakładów akurat na tę część jest po prostu nieuzasadniony, bo za coraz więcej pieniędzy otrzymujemy coraz mniej usług. Teleporady, jak państwo być może śledzili, były dzisiaj przedmiotem oceny dokonanej przez ministra zdrowia i konferencji, która miała miejsce w Zielonej Górze, oraz zapowiedzi pewnych działań, które oczywiście minister zdrowia wspólnie z NFZ będą prowadzić wobec realizatorów podstawowej opieki zdrowotnej.

No i to wszystko, bo na pytanie pana posła Piechy odpowiedziałem. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. W takim razie przechodzimy do przyjęcia opinii.

„Opinia nr 10 Komisji Zdrowia do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2021 r. uchwalona na posiedzeniu 23 czerwca 2021 r.

Komisja Zdrowia na posiedzeniu 23 czerwca 2021 r. rozpatrzyła wniosek prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 15 czerwca 2021 r. dotyczący projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2021 r.

Komisja Zdrowia, na podstawie art. 124 ust. 1–2, w związku z art. 121 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pozytywnie opiniuje projekt zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2021 r. przedstawiony we wniosku".

Głosujemy, szanowni państwo. Kto jest za pozytywnym zaopiniowaniem tej zmiany? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał?

Głosowało 30 posłów. Za – 30, czyli wszyscy, nikt nie był przeciw, nikt się nie wstrzymał. Gratuluję i dziękuję wszystkim państwu.

Zamykam posiedzenie Komisji.